

Балалардағы нефротикалық синдром.

Нәдірбаев Мейіржан

Мақсаты:

- **Нефротикалық синдромның себебін анықтау және тиімді ем жобасын құрастыру.**

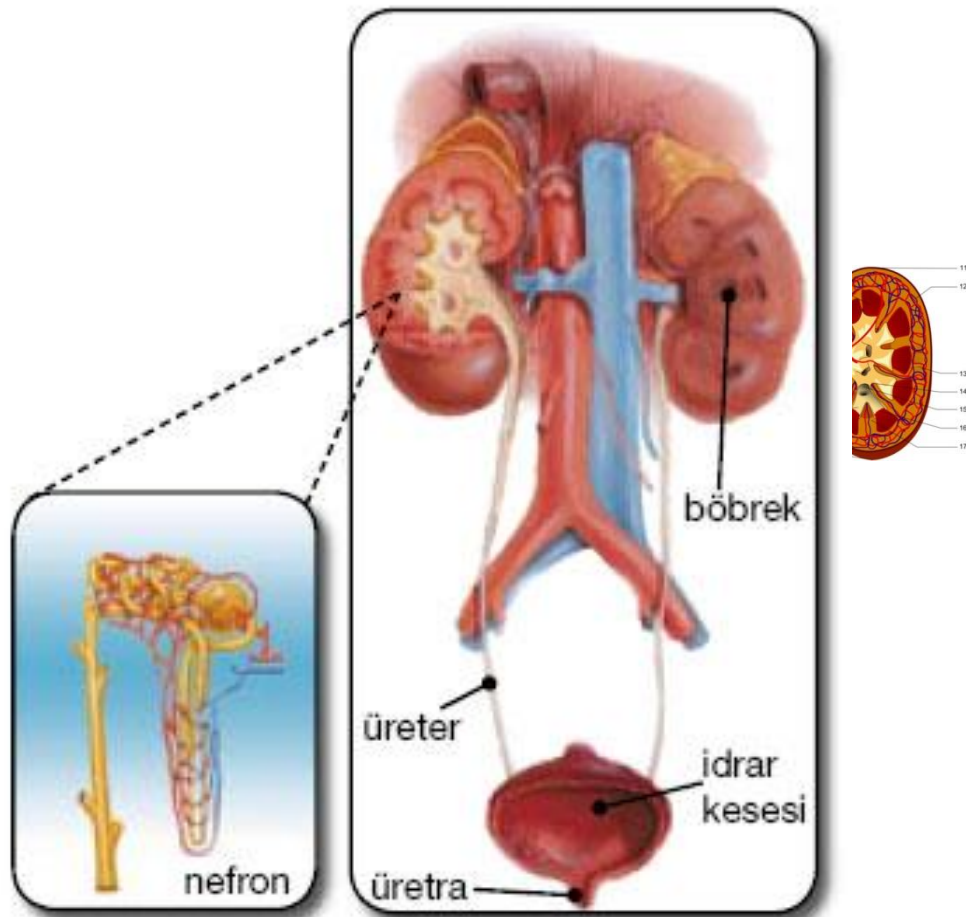
Зертеу сұрағы:

Нефроздық синдромның этиологиясынан, патогенезінен, жіктемесінен, клиникалық көрінісінен, диагностикасынан, дифференциалды диагнозынан, емдеу тәсілдерінен ажырата білу және бүгінгі таңдағы жаңалықтармен таныстыру, сонымен қатар білімді жетілдіру.

Жоспар:

- **Нефротикалық синдромның анықтамасы.**
- **Этиологиясы.**
- **Патогенезі.**
- **Жіктемесі.**
- **Клиникасы.**
- **Диагностикасы.**
- **Емі.**

Бүйректің Анатомиясы



Нефротикалық синдром



Нефротикалық синдром

Протеинурия, гипоальбуминемия, гиперлипидемия, липидурия және жалпы ісінумен жүретін кейбір, бүйрек ауруларында кездесетін клиникалық - лабораториялық симптомдар комплексі б.т.

- ***Нефротикалық синдром***

- ✓ **Протеинурия**

ересектерде: тәулігіне 3.5 г жоғары

балаларда: тәулігіне 2 г жоғары

- ✓ **Гипоальбуминемия** ≤ 25 г /л

- ✓ **ісіну**



- Гиперхолестеринемия**

Протеинурия

Протеинурия

Гломеруллардың өткізгіштігінің бұзылуы.

- ✓ Селективті
- ✓ Селективті емес

Протеинурияның Селективтілігі

- ✓ Селективті протеинурия ≤ 0.15
- ✓ селективті емес протеинурия >0.2 .
- Өзгерістері минимальді нефритте селективті протеинурия
- Пролиферативті гломерулонефриттерде селективті емес протеинурия .

Гипоальбуминемия

- **Альбуминдердің зәр арқылы шығарылуынан болады.**

Гиперлипидемия

- 1. Альбумин деңгейінің төмендеуіне байланысты бауырда белок синтезі күшейеді.**
- 2. Сонымен бірге липопротеин синтезі күшейеді.**
- 3. Триглицериттерге бай липопротеин катаболизмі төмендейді**



**•Жалпы холестерин ↑↑,
триглицериттер ↑↑.**

Қаң ұюының күшеюі

- Бауырда фибриноген синтезі жоғарлауы.
- Қаң ұюға қатысатын кейбір белоктардың несеппен жойылуы:
 - Анти-тромбин III
 - Протеин С
 - Протеин S

ісіну



- **Онкотикалық қысымның төмендеуі**
- **Ренин-ангиотензин-альдостерон жүйесінің тітіркенуі**
- **Натрий шығарылуының бұзылуы.**

ісіну



Нефротикалық синдром

толық

Толық емес

біріншілік

екіншілік

▪ ***- Нефротикалық синдром-
Клиникалық жіктелуі***

Продажи

✓ **Екіншілік нефротикалық
синдром (%90)**

✓ **Біріншілік нефротикалық
синдром(%90)**



Екіншілік Нефротикалық Синдромның этиологиясы

жүйелі аурулар	Эритематозды , диабеттік және т.б аурулар
токсиндер және аллергендер	Экзотоксиндер мен эндотоксиндер, аллергиялық аурулар
Инфекциялық аурулар	Бактерия (стрептококтық гломерулонефриттер, сифилис) Вирустар (гепатит А, В)
Дәрі- дәрмектер	Пенициллин туындылары, висмут препараттары.
Әр түрлі ісіктер	Бүйрек рагы, бүйрек үсті безінің рагы, аденомасы

***- Нефротикалық синдром-
гистологиялық жіктелуі***

- ✓ **Өзгерістері минимальді нефрит**
- ✓ **фокальді
гломерулосклероз**
- ✓ **мезангиопролиферативті
гломерулонефрит**
- ✓ **мембранопротиферативті
гломерулонефрит**
- ✓ **мембранозды
нефропатия**

ісіну

- ✓ жыныс мүшелерінің ісінуі
- ✓ із қалдыратын ісінуі
- ✓ асцит
- ✓ анасарка

Анасарка



Нефротикалық синдром

Лабиальді
ісінуі



Нефротикалық синдром

Скротальды
ісіну



Із қалдыратын ісіну



Нефротикалық синдром



асцит





Лабораториялық өзгерістер

- Протеинурия
- Ферментурия
- Липидурия
- Гипоальбуминемия және гипопротеинемия
- Диспротеинемия
- **Гиперлипидемия**

EMİ

- **Режим:** Алғашқы күндері төсек режимі, дәрежесіне қарап, науқасты горизонтальді жатқызу пайдалы, себебі: альдостеронның секрециясы азаяды, аяқ тамырларының гидростетикалық қысымы төмендейді, диурез көбейеді, ісіну қайтуға көмектеседі.
- Науқас үнемі бақылауда болып, қимыл тәртібі тромбтарға қарсы жүргізіледі.

СТОЛ № 7

- Ас тұзын тәулігіне 2-3гр қолданады. Ал ісінудің ауыр түрінде 0,5гр дейін шектейді. Анасарка болғанда дистилляцияланған суды ішеді.
- Сұйықтықты шектеу (сұйықтықтың мөлшері алдыңғы тәуліктегі диурез мөлшері + 200мл көлемінде жасалады.)
- Белоктын жеткілікті болуы (1г / кг)
- Холестринге бай тағамдарды шектеу.

Дәрмектік Ем

Протеинурияны азайту шаралары:

- **Индометацин н/е Бруфен** → 1таб*2рет
(протеинурияны 50-65% азайтады)
- **ААФ ингибиторлары: (каптоприл,энаприл**
1-2рет*10-20мг)
- **Анти-коагуляциялық: Курантил 25 мг*4 рет**
тамақтан кейін 3-4 апта, Гепарин 10000 Б *4
рет кіндік айналасының тері астына салу
*****Гепариндік емге қосымша,жас цитратты**
плазманы (құрамында анти-тромбин-3
болатын) в/і енгізеді

Белоктын синтезін арттыру мақсатымен ;

- **Стероидтік анаболиттерді қолдану: (Ретаболил 1мг*1рет – аптасына /4-5 апта)**
- **Диуретиктік емдеу; Салуретиктер мен Калий сақтаушы диуретиктердің дайын қоспалары.**
Триампур (25мг Триамтерен + Гипотиазид 12,5мг // 1 таб.) Фурезис (50мг Триамтерен + 40мг Фуросемид)

Созылмалы гломерулонефрит және жүйелі аурулар кезінде

- ✓ **Преднизолон** 1 мг/кг 8 апта бойы ішеді біртіндеп сүйемелдеуші дозаға түсіру керек (10 мг тәулігіне және 6 ай жалғастыру қажет)
- ✓ **Азотиоприн** 2 мг/кг 4-8-10 апта бойы ішеді, біртіндеп сүйемелдеуші дозаға түсіру керек (негізгі дозаның $\frac{1}{2}$ немесе $\frac{1}{3}$ және 6 -12 ай жалғастыру қажет)

- ◆ **Адаптогендер:** Женьшен, кытай лимоннигі 30-40 тамшыдан күніне 3 рет
- ◆ **Фитотерапия:** шәйқурай шөбі, Жұпаргүлдің шөбі, Жалбыздың жапырағы, Дала Қырықбуынының шөбі, Қызыл таспа шөбі
- ◆ **Физиотерапия:** *Электрофорез* (Бүйрек аймағына фурадонин, эритромицин, кальций хлорид) *Ыстық басу* (диатермия, парафин..)
- ◆ **Санаторлық курорттық ем:**

Қорытынды:

Зәр шығару жүйесінің барлық ауруларының соңы нефротикалық синдромның дамуына алып келуі мүмкін. Сондықтан нефротикалық синдром дамуының алдын алудың бірден бір жолы бүйрек гипертензиясын болдырмау, бүйрек ауруларын уақытылы емдеу, асқынуына жол бермеу болып табылады.



Пайдаланылған әдебиеттер:

- 1) «Ішкі аурулар» Жаманқұлов, 2007ж
- 2) «Ішкі аурулар» Б.С.Қалимұрзина
- 3) «Фармокология» Харкеевич. 2009ж
- 4) Nar.med.ru
- 5) Medical.Planet.su

***НАЗАР САЛЫП
ТЫНДАҒАНДАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ!..***